

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind stets bemüht, Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemeinmedizinische Dinge zu klären.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen wird Ihrer Patientenkartei hinzugefügt.

Bevor wir uns also über ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: ..... E-Mail: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: ..... Krankenkasse: .....

Gesetzliche Krankenkasse     Private Krankenkasse     zusatzversichert     vollversichert     Beihilfe

Falls Sie über jemanden anders (mit-)versichert sind, benötigen wir kurz folgende Angaben:

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

**Bitte kreuzen Sie die jeweiligen Antworten an und füllen Sie bei Bedarf die Felder aus!**

Um unsere Behandlungen bei Bedarf mit Ihrem **Hausarzt** abzustimmen, benötigen wir dessen Anschrift:

.....

Befanden Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre in **ärztlicher Behandlung**?     ja     nein

Falls ja, aus welchem Grund? .....

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?     ja     nein

Falls ja, welche? .....

### Allergien

Besteht bei Ihnen der Verdacht einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber Materialien oder Medikamenten?     ja     nein

Falls ja, gegen welche? .....

Besitzen Sie einen Allergiepass?     ja     nein

### Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)?     ja     nein

Blutarmut (Anämie)?     ja     nein

Sonstiges? .....

### Herz-/Kreislaufferkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)?  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  ja  nein  
Angina pectoris (Herzasthma)?  ja  nein  
Herzschrittmacher?  ja  nein  
Künstliche Herzklappe(n)?  ja  nein  
Herzfehler?  ja  nein  
Herzinfarkt?  ja  nein  
Hoher Blutdruck?  ja  nein  
Niedriger Blutdruck?  ja  nein  
Wie hoch normaler Weise? ..... / .....  
Sonstiges? .....

### Weitere Erkrankungen der inneren Organe

- Magen-Darm-Erkrankungen?  ja  nein  
Nierenerkrankungen?  ja  nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege?  ja  nein  
Tumor-Erkrankungen/-operationen?  ja  nein  
Falls ja, mit Bisphosphonat-Therapie?  ja  nein  
Sonstiges? .....

### Infektionskrankheiten

- Gelbsucht (Hepatitis)?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
Herpes?  ja  nein  
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? .....  
Sonstiges? .....

### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? .....

### Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Falls ja, wo? .....

Ihre **Wünsche** sind uns wichtig! Sollten Sie vor der Zahnbehandlung persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen Sie es uns bitte wissen:

.....

Wir bieten einen kostenlosen **Erinnerungsservice** an, über den Sie sich zweimal pro Jahr an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen können. Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten, so tragen Sie bitte in das entsprechende Feld Ihre Wunsch-Benachrichtigung ein:

per E-Mail an folgende Adresse: .....

per Post an folgende Adresse: .....

nein, Sie möchten nicht benachrichtigt werden!

Wie viele Krankenhäuser und Arztpraxen arbeiten auch wir mit einer Abrechnungsgesellschaft zusammen. Dies erleichtert die Büroarbeit und bietet Ihnen den Vorteil, auch Ratenzahlungen in Anspruch nehmen zu können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass eine **Einwilligung** dafür von Ihnen erforderlich ist. Sollten sie es dennoch nicht wünschen, haben Sie die Möglichkeit, die Rechnung in bar oder mit einer ec-Karte zu bezahlen.

Sie versichern, Ihre Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)

Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie? Epileptiforme Anfälle?  ja  nein  
Krämpfe?  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle?  ja  nein  
Psychosomatische Erkrankungen?  ja  nein  
Depressionen?  ja  nein  
Sonstiges? .....

### Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Lebererkrankung?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Wundheilstörungen?  ja  nein  
Sonstiges? .....

### Augenerkrankungen

- Grauer Star?  ja  nein  
Grüner Star (Glaukom)?  ja  nein  
Sonstiges? .....

### Suchterkrankungen

- Rauchen Sie?  ja  nein  
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?  ja  nein  
Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen?  ja  nein  
Nahmen Sie in der Vergangenheit regelmäßig Drogen?  ja  nein  
Leiden oder litten Sie an Ess-Brech-Sucht (Bulimie)?  ja  nein